

介護老人保健施設における利用者家族の看取りの体験とそこで生じる心理的プロセスの検討

松下 幸子・長田 久雄

要旨

本研究の目的は、介護老人保健施設で終末期医療を受けた高齢者の家族の看取りの体験とそこで生じる心理的プロセスを明らかにすることである。対象者は、老健で看取りを行った高齢者の実子6人であった。老健の看取りについてどのように感じているかについて半構成的面接を実施し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチで分析した。結果、家族は、【施設医師がいて安心】と感じ、【施設の医療に対する評価】を行った上で、【いつかは訪れる】と感じていた高齢者の死が近づいている【現状を受容】していた。そして、【老健における終末期医療のイメージ化】を図り、施設【職員とともに作り上げる】経験をしたことが、《看取った満足感》となっていた。老健の看取りに満足した共通の要件として、信頼できる医師を中心とした施設の医療に対する肯定的な評価がされていたこと、超高齢の実親を老衰で看取っていたこと、家族関係が良好であったことがあげられた。

キーワード：介護老人保健施設、終末期ケア、看取り、家族

1. 緒言

1) 研究の背景

Lynnの終末期の3類型¹⁾によると、第1のタイプ(典型的ながん)は終末期に向かうプロセスが急激であり、終末期の判断が比較的容易である。しかし第2のタイプ(慢性疾患)は、どの時点で治療の見込みがなく終末期であると判断するのが難しく、同様に、年単位で機能が徐々に低下する第3のタイプ(老衰)も、終末期の判断が困難であるとされている。主に高齢者は、第2および第3のパターンをたどる場合が多く²⁾、高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明で提示されている高齢者の終末期の定義³⁾においても、その期間は設定されておらず、高齢者における終末期のプロセスはきわめて多様であり、余命の予測や終末期の判断が非常に困難であるという特徴がある。

「日本の将来推計人口」⁴⁾によると、65歳以上の高齢者人口は、2042年には3,878万人となりピークに達し、さらに、死亡者数は現在の約120万人から166万人に増加すること

が推計されており、刻々と多死社会が近づいてきていることを示している。2040年には、病院でも自宅でも施設でも死ぬことができない「看取り難民」が49万人にまで急増するという推計がされ、看取り場所の確保に関する課題が提起されている⁵⁾。このような将来予測に基づき、今後、高齢者の終末期ケアのニーズに対応するための介護戦略の一つとして、看取りの受け皿としての在宅および介護施設の役割の拡大が期待されている。

介護老人保健施設（以下、老健とする）は医療提供施設としての側面を持ち、在宅復帰のための中間施設として位置づけられており⁶⁾、医療職（医師・看護職）の配置人数も他の介護施設と比較すると手厚い。高齢化が進んでいる近年においては、急性期治療を終えた在宅生活困難者や、長期療養病床の入院対象でない高齢者の受け入れ先としての機能を補完する役割も担っていることが報告されている⁷⁾。老健の管理者を対象に実施した調査⁸⁾によると、看取りを実施している老健は半数弱で増加傾向であるが、「看取りは老健の役割」という考えが40%、「役割ではない」が20%、「わからない」が30%、「機能としてターミナルケアに取り組むべき」が30%、「取り組むべきではない」が10%弱、「どちらとも言えない」が半数であったと報告されている。老健における死亡数は、2000年は4818人であったのに対し、2009年には、その倍以上の12600人へと増加してきており⁹⁾、2009年の介護報酬改定でターミナルケア加算の新設がされ、在宅生活支援の延長としての看取りの機能に対する報酬上の評価も実際に行われている。老健には、在宅復帰の支援機能を果たしながら、かつ、看取りの場としての機能を果たすことも求められている現状があり、今後も、ニーズの増大に伴い、看取りの実績はさらに増加していくことが見込まれている。

2) 先行研究

(1) 介護施設における看取りの課題と実施を可能にする要因

介護施設における終末期ケア（看取り）に関して、職員に対する意識調査、実態調査、現状と課題抽出に関する内容について、多くの報告がされている。小林¹⁰⁾は、介護施設における看取りの課題は、自己決定の支援、医療的判断・処置の責任範囲、看護師の負担・困難感、職員の教育、施設としての限界、システムの構築であり、看取りができた要因としては、施設の方針、家族の理解・協力、医療との連携、管理者の姿勢、職員の意思統一が挙げられ、代理決定を行う家族の心理的負担に考慮したサポートが必要であると報告している。老健における看取りに関する先行研究においては、いずれも他の機能を持つ介護施設（特別養護老人ホームなど）の看取りに関する先行研究と同様の結果が得られており、生活施設における看取りとして、類似した課題が抽出されている。小山ら¹¹⁾は、老健と比較して医師、看護職の配置が少ない特別養護老人ホーム（以下、特養とする）の看取りにおいて、介護職が医療処置を行わざるを得ない状況があること、看護職は主に医療処置を行っていることを報告している。

(2) 老健で看取りの経験をした家族の心情

丸山¹²⁾は、家族は生活の場所でより良く生きるために介護老人保健施設を看取りの場所として選択し、そこでの看取りに満足感を感じていたこと、家族は最期までをどのように過ごすのかを決定する責任と、恐怖・後悔のなかでゆらいでいたことを報告している。

(3) 先行研究の到達点と課題

老健は、高齢者の生活施設でありながら、医療提供施設としての機能も持つことがその特性の一つとして挙げられる。先行研究において、家族は、生活の場としての老健の看取りについて総合的に満足をしていたことは明らかになっているが、老健における終末期の医療体制やケアの具体的内容に対して、家族がどのように感じているかについては明らかにされていない。

3) 研究目的と意義

本研究の目的は、老健は医療提供施設としての役割も担っているが、そうした老健で終末期を迎えた利用者家族を対象として、終末期医療について感じていることと、そのプロセスを明らかにすることである。

本研究の意義は以下の2点にある。第1に、老健における終末期医療の特性について整理できることである。第2に、高齢者とともに終末期医療の対象となる家族に対する支援のあり方について示唆を得ることである。これら2点により、老健での終末期ケアにおける家族支援への一助となる。合わせて、老健とは医療体制の異なる施設（特養）における実践的な応用にも役立つ。

4) 用語の定義

本研究における「介護老人保健施設における看取りの体験」とは、「介護老人保健施設入所中に全身状態が悪化し、終末期（病状が不可逆的で近い将来の死が不避となった状態）と判断され、利用者の最期の場所として施設を選択した家族が、そこでの終末期医療およびケア（本人の尊厳に配慮した最善の医療およびケア）を経て、利用者を看取った体験」と定義する。

2. 方法

1) 調査対象者

老健入所中に全身状態が悪化し、その施設で終末期医療を受けて看取りを行った高齢者の家族で、看取り後2ヶ月を経過している人を対象とした。対象者の抽出は、研究担当者のネットワークを通じた機縁法により研究への同意、協力が得られた施設に紹介を依頼した。最終的に、2施設6名の家族から協力が得られた。6名全員が実子であり、そのうち

の3名が主介護者であった。対象者の特性を示したものが表1である。

対象施設に共通する特性として、病院併設であり医療に力を入れていること、施設長および看護管理者の方針が明確で、積極的に看取りを実施しており、施設内における看取り体制（マニュアル、教育、病院との連携）が整備されていることが挙げられた。

表1. 対象者の特性

家族 (研究対象者)		入所者 (老健で最期を迎えた高齢者)						
続柄	年齢	死亡年齢	性別	入所期間	終末期と判断されてから死亡までの期間	転機	死亡年	
A	長男*	72歳	95歳	男性	2年1ヶ月	6週間	老衰	H.25.3
B	三男	67歳	95歳	男性	2年1ヶ月	6週間	老衰	H.25.3
C	長女*	73歳	100歳	女性	2年6ヶ月	10か月	老衰	H.24.1
D	次女	70歳	94歳	女性	1年1ヶ月	3か月	老衰	H.25.10
E	長女*	71歳	93歳	女性	2年7ヶ月	3か月	老衰	H.24.8
F	次男	65歳	91歳	男性	1年10ヶ月	1か月	老衰	H.25.7

*主介護者

2) 調査方法

対象者に対して、研究担当者が半構成的面接法を用いて1人1回、約60分程度の個別面接を行った。調査期間は2015年8月～10月であった。調査は、インタビューガイドをもとに行ったが、対象者の語りを重要視し、質問の順番は話の流れを損なわないように進めた。対象者の承諾を得てICレコーダーへの録音を行った。

インタビューガイドの内容は、①基本属性（性別、年齢、入所者との関係、終末期と判断されてから看取るまでの期間、入所者の転帰、死亡時期）②老健の看取りに対しどのように感じているか（良かった点、悪かった点は何か、なぜそのような感じているのか）③終末期に医療処置は実施したか（どんな処置を実施したか、老健の医療職とのかかわりはどうだったか、老健の終末期医療に対しどのように感じているか）④施設で終末期と判断された時、どのように感じ、自分の思いに対しどのように対処したか、である。

3) 分析方法

面接内容はICレコーダーに記録後逐語録化し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTAとする）を用いて分析を行った。M-GTAに適した研究の条件として、①健康問題や生活問題を抱えた人々に専門的に援助を提供するヒューマン・サービスの実践的な領域、②サービスが行為として提供され、利用者も行為で反応する直接的やり取り（社会的相互作用）のレベル、③現実に問題となっている現象で、研究結果がその解決や改善に向けて実践的に活用されることが期待されている場合、④研究対象自体が

プロセス的特性をもっていること、が挙げられている¹³⁾。本研究はこれらの条件を満たしており、分析方法として適していると考えた。

分析テーマは「介護老人保健施設で終末期医療を受けた利用者家族の看取りの体験プロセス」とし、分析焦点者は「介護老人保健施設での看取りを経験した利用者家族」とした。分析の手順は、分析ワークシートを用いて概念を生成し、それらの相互関係からサブカテゴリー、カテゴリーを生成した。分析結果の信頼性と妥当性を確保するため、調査の実施、データ分析および解釈において、M-GTA の経験を豊富に持つ研究者のスーパービジョンを受けながら行った。

4) 倫理的配慮

施設管理者に研究の趣旨を説明し、文書で同意を得た。施設の担当職員を通じて対象者に調査協力依頼書を渡し、書面での説明を行った。面接開始前に、再度研究担当者より研究の趣旨について口頭で説明し、同意書の署名により同意を得た。逐語化されたデータは本研究のみに使用し、IDで厳重に管理すること、研究結果を公表する際には、個人が特定できないよう配慮すること、研究への参加は任意であり、協力しないことで不利益が生じないこと、同意後も、いつでも協力の撤回をすることができることを説明した。本研究における倫理的配慮については、桜美林大学研究倫理委員会の研究倫理審査を受け、承認を得た。(承認番号：14064)

3. 結果

1) ストーリーライン

図1に、概念、サブカテゴリー、カテゴリー間の関係性を図式化した概念図を示した。図中の《 》はカテゴリー、【 】はサブカテゴリー、[]は概念を示したものであり、矢印は影響を及ぼす方向を示す。

老健の利用者家族は、施設職員との「コミュニケーションの蓄積」をはかり、「ちぐはぐな対応との折り合い」をつけながら「職員に対する理解」を深めていた。常在している医師が「何かあればすぐにみてる」状態にあり、診察後に「納得できる説明」を受けることにより、「施設医師がいて安心」という思いに至っていた。「常に医療専門職がいる」老健において、入所者の健康管理に際し医療的な「適切な判断と処置」がされ、「本人の状態が安定」していることが、家族の「施設の医療に対する評価」につながっていた。これらが相互に循環しながら、「施設を信頼する」ことへつながり、全ての基盤となっていた。

家族は、高齢者がいずれ「死ぬことは前提」だと考えており、入所者の「少しの変化に一喜一憂」しながら「穏やかな衰弱の実感」を深め、終末期が「いつかは訪れる」という思いを持っていた。それまでの施設ケアに対する肯定的な評価と信頼感が得られていたこ

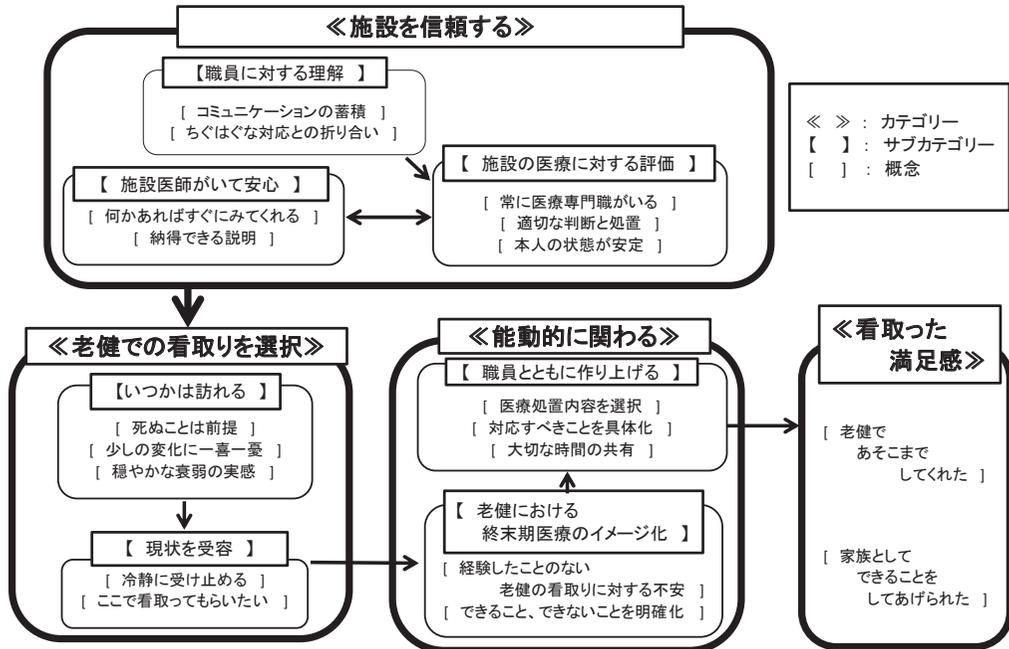


図1. 介護老人保健施設で終末期医療を受けた利用者家族の看取りの体験プロセス

とから、高齢者が終末期の状態であると判断された時も「冷静に受け止める」ことができ「ここで看取ってもらいたい」という考えに至り、【現状を受容】し、《老健での看取りを選択》していた。

「経験したことのない老健の看取りに対する不安」のなかで、施設の設備や医療体制の限界を見極め「できること、できないことを明確化」し、【老健における終末期医療のイメージ化】を図っていった。職員と協働しながら「医療処置内容を選択」し、自分達が家族として「対応すべきことを具体化」し、施設職員と「大切な時間を共有」することで、高齢者の満足を物差しとした終末期ケアを【職員とともに作り上げる】ことができるよう、老健での看取りに《能動的に関わる》ことができていた。

これらのプロセスを経て、「老健であそこまでしてくれた」、「家族としてできることをしてあげられた」という思いに至り、《看取った満足感》が得られていた。

2) 生成された概念、サブカテゴリー、カテゴリーの詳細

以下に、各概念の具体例を挙げて説明する。本文中の“ ”は語られた言葉、()内の記号はケース(表1参照)の記号を示している。

(1) 《施設を信頼する》

このカテゴリーは、【職員に対する理解】、【施設医師がいて安心】、【施設の医療に対する評価】の3つのサブカテゴリーで生成されていた。【職員に対する理解】は、「コミュニ

ケーションの蓄積] [ちぐはぐな対応との折り合い] の2つの概念から生成され、【施設医師がいて安心】は、[何かあればすぐにみしてくれる] [納得できる説明] の2つの概念から生成されていた。【施設医療に対する評価】は、[常に医療専門職がいる] [適切な判断と処置] [本人の状態が安定] の3つの概念から生成されていた。

① [コミュニケーションの蓄積]

“昨日今日の関係ではないですから。” (E) “信頼関係が全てでしょう。だから、普段からずっと、この先生とこの看護師さん、スタッフにみてもらってるんだから、っていうのがあるんですよ。” (F) と、関係を築いていった過程を含めて語られていた。そして、“あっちだって、私たちのキャラクターとか、わかったうえで色々してくれてたんだろうし。” (B) と、職員側も家族に対する理解を深めていると感じていた。

② [ちぐはぐな対応との折り合い]

“統一されてないっていうか、わずかな部分でやっぱりそれはあったかもしれないですね。でもね、でも、だからって信頼する気持ちが薄れるって訳でも、うん、ないんですよね。” (A) “そういう事は気にならないというか、そもそもいつもその時に解決しましたよね。” (C) と、十分でない対応があったことを語った後で、根底に、それを許容できる関係性が構築されており、両者の関係を悪化させるものでは無かったと語っていた。

③ [何かあればすぐにみしてくれる]

“それが老健の良さなんじゃないですかね。元気な時からずっと状態をみている先生がいるって。” (A) “外の病院にかからなくていい、っていうのが家族としてはありがたかったですね～。” (C) と、常勤の施設医師がいる老健施設の環境そのものに対する安心感と合わせて、“横柄な態度の医者とかいるけど、人格的にも全然上だなんて思いましたよね。” (B) と、施設医師個人の人柄についての語りも得られた。

④ [納得できる説明]

“僕らの立場をしっかりと理解してくれていて、説明に手抜きはなかったように思いますね。” (A) “行った時に先生とちょっとすれ違ったりするんですよ。そうすると、いつも様子を言ってくださいましたね。” (C) “傲慢さが無かったですね” (F) と、説明時の具体的な家族に対する配慮だけでなく、普段からの医師の態度などから、信頼関係を基盤として、説明に対しての理解・納得ができていたことが語られた。

④ [常に医療専門職がいる]

“家族にとって、もう、これ以上のことはないでしょう。信頼できる先生がいて、いい看護の人もいて、夜だって関係なくみとれて。” (A) “夜も看護師さんがいてくれるから。” (B) 看護婦さんをすぐに呼んでみてもらえるってことが、お互いに安心できることじゃないですか。” (D) “ナースもいる、ドクターもいる、病院も隣にあるって。なかなかこうはいかないんじゃないですか。” (F) と、[常に医療専門職がいる] 環境に安心していた。

⑤ [適切な判断と処置]

“ちょっと熱出た，食欲ない，そして，その報告だけじゃなくて，施設で薬を出して様子をみます，とか，病院に連れていきましょ，とかね，” (D) “ムセるようになってきて，ご飯を食べるのがだんだんね，食べさせ方とかもほら，肺炎とか，そんな風にならないようにって．” (D) と，施設の医療専門職による，医療機関とは異なる医療的知見に基づいたアプローチについて語り，[適切な判断と処置] がされていると感じていた．そして，“年寄りって，すぐ調子を崩すじゃない？赤ん坊と一緒に．それをちゃんとみるっていうのが大事なことなんだろうね．” (F) というように，生活の援助を中心としながらも，医療的判断に基づいた関わりが重要であると感じていた．

⑥ [本人の状態が安定]

“本人が元気で暮らしてること自体が，もう，ありがたい，って，それしかないですよ．” (B) “中のシステムがどうってことよりも，本人が笑顔で迎えてくれて，帰る時は手を振ってくれて．元気でいるってことが純粹に嬉しかったですね．” (C) と，入所している高齢者が穏やかに生活を送っている様子や，“ちゃんと食べて，寝て，リハビリもやって…．施設のお陰ですよ．” (D) など，体調を維持できていたこと，そして，“別に良くなるわけじゃないし，ただ，そのスピードがゆっくりになった，という感じはするよね．あの施設の，あの環境がなかったら，もっと早くにダメになってたんだろうな，とは思いますよね．と，維持した状態が保たれていたことを語り，施設のケアにより[本人の状態が安定] していると感じていた．

(2) 《老健での看取りを選択》

このカテゴリーは，【いつかは訪れる】，【現状の受容】の2つのサブカテゴリーで生成されていた．【いつかは訪れる】は，[死ぬことは前提]，[少しの変化に一喜一憂]，[穏やかな衰弱の実感]の3つの概念から生成され，【終末期の受容】は，[冷静に受け止める]，[ここで看取ってもらいたい]の2つの概念から生成されていた．

① [死ぬことは前提]

“必ず最期はあるわけで，いつなのかはわからないけど，死ぬってことは大前提なんですよ．” (A) “必ず週に1回，面会に行ってたんだけど，僕にとってはいつもこれが最後かもしれないって，毎回がお別れだったんですよ．” (B) “受け入れちゃってるから，もう，今死んでも，ああ，ご苦労さまでした，っていう話で，涙も出ないような話なんですよね．極端に言うと．” (C) “確実に，死ぬまでのステップを踏んでいってて，その過程であったことは間違いなんじゃないかな．” (F) と，超高齢者の親の死がそう遠くないことを認識していた．

② [少しの変化に一喜一憂]

“常にあるんですよ．おかしい，ってことじゃないと電話なんて掛かってこないから，だから，ビクッとしますよね．だから，電話は嫌でしたね．” (A) “頭で分かるのと，現

実とだと、やっぱり違うところがありますね。” “心のどこかで、希望みたいなものを持って、それが、崩されていくような。” (E) “食べれなくなってきた時は、ダメだって気持ちとまたもどるんじゃないかっていうのがどっちもでしたね。” (F) と、高齢者が「死ぬことは前提」と思っていたものの、実際には状態の「少しの変化に一喜一憂」し、落胆と希望が交錯する心情であったことが語られた。

③ [穏やかな衰弱の実感]

“どんどんどん、衰えていくわけよね、それはもう悲しいくらい。” (A) と、入所している高齢者の身体機能の喪失過程を目の当たりにし、合わせて、“入った当時はね、「どこか行きたい？」って聞いたら、「海見たい」とかって、で、その施設は3階が比較的元気な人で2階が重い人だったんですね。で、3階から2階に降りた時に、もう、それは言わなくなったね。言わなくなったってことは、感じたな、っていう、もう、行けなくなった、ってことがわかったんじゃないかな。(B) “帰りたいってピタッと言わなくなったんですよ。ああ、大分弱ってきたんだな、と。(C) と、高齢者が自身の衰えを自覚し、心情の変化が起こっていることを本人の言動等から感じ取り、それが、[穏やかな衰弱の実感] となっていたことが語られた。

④ [冷静に受け止める]

“終末期だとか終末期じゃないとか、そんな問題じゃないんですよ。” (A) “だって素人が見ても、明らかに死に近づいてるんだから、その時が近づいてきたんだな、という気持ちですよ。だから悲しい、とかそんな感情は無かったですね。これが人が死んでいく姿なんだらうな、って単純に思いましたね。ごくごく自然な形で。” (B) のように、[死ぬことは前提] と考えているため、終末期であることを [冷静に受け止める] ことができていた。そして、“目の前にいる状態が、もうそれを、そのカウントダウンを教えてくれているから。” (F) と、高齢者を側でみている中で、[穏やかな衰弱の実感] を深め、[冷静に受け止める] ことにつながっていた。

⑤ [ここで看取ってもらいたい]

“特養も申し込んでましたけど、もちろんここでお願いできるなら、って思っていましたよ。先生も看護婦さんも介護さんもみんな知ってますし。” (A) “ここで最期まで過ごせたら、って、ずっと夢に見てたことですよ。” (C) “むしろ、とにかく、お願いしますって、こちらはそれしかないですよ。” (E) と、全ての家族が、《施設を信頼する》過程を経て、老健が高齢者を看取る環境として適切な場所であり、[ここで看取ってもらいたい] と感じていた。

(3) 《能動的に関わる》

このカテゴリーは、【老健における終末期医療のイメージ化】、【職員とともに作り上げる】の2つのサブカテゴリーで生成されていた。【老健における終末期医療のイメージ化】は、[経験したことのない老健の看取りに対する不安]、[できること、できないことを明

確化]の2つの概念から生成され、【職員とともに作り上げる】は、[医療処置内容を選択]、[対応すべきことを具体化][大切な時間の共有]の3つの概念から生成されていた。

① [経験したことの無い老健の看取りに対する不安]

家族は、“わからない訳ですよ。病院じゃないところで自然に、じゃあ、昔みたいに、家の布団で死んだみたいなのとはやっぱり違う訳ですよ。医療も進歩してるわけだし。”(B)“こっちが全てお任せするのはやっぱり勝手に違うし、ある程度は自分たちで決めていかなきゃいけないし。”と、[経験したことの無い老健の看取りに対する不安]を抱えていた。

② [できること、できないことを明確化]

家族は、“何にもしなかったんですよ。前の日まで口から食べさせてもらったし。最後に弱ってからは、もう、ただ、一緒にいて、って、できない、とか、そういうのじゃなかったですね。”(C)“先生は、本当は酸素をずっとしたほうがいいけど、って話だったんですけど、それができないから、でも、もう十分だったし、そこまで望んでもなかったの。”(E)と、施設の設備面での限界を理解した上で[できること、できないことを明確化]していた。そして、“できないことって、必要ないことっていうね。”(B)“そこで、って選んでいるわけだから、それ以上のものはないですよ。”(F)と、《老健での看取りを選択》している時点で、病院と同様の医療を望んでいる訳ではなかったと語っていた。

③ [医療処置内容を選択]

家族は、“点滴しますかどうか、って聞かれてもやっぱり自分たちだけでは決められない、ってところが正直、うん。先生はどう思われますか、って聞いたら「少し入れたほうがいいんじゃないか」って言われたのでお願いしたんですよ。”(A)“聞いたら、その看護師さんはあんまりいいとは思えないって、でも、それは私の個人的な意見だから、って仰ったんですけど、私たちも同意して、本人が食べる気持ちは最後の最後まであったので、だったら、それは、自然がいいのかな、って。”(C)“説明してもらって、そうですか、お願いします、って。”(E)と、医療職に相談しながら[医療処置内容を選択]していた。そして、“我々は、もう、評価する、とか、そんな立場じゃないし、実際に素人だからわからないし。その時その時で、先生とか看護の人が提案してくれたことに従った、みたいなのがありますね。言いなりになった、と言うことではなくてね。それで満足してますね。”(B)と、老健での終末期医療に満足しているという語りも得られた。

④ [対応すべきことを具体化]

家族は、“あと何日以内に起こるであろうことは説明してもらって、準備しておこうか、と、送るのも全部スケジュール通りだったんですよ。”(A)“「もうそろそろだよ」って先生とナースが言ってくれなかったら、やっぱり踏ん切れない部分って言うのがあるんだよね。僕がしっかりしなきゃ、って言うのがあったから。そういう環境で、「今こんな

だよ」とか教えてくれるのは、後押ししてくれることと同じじゃないですか。躊躇してる部分を。”(F)と、医療専門職から説明を受け、看取るうえでの[対応すべきことを具体化]していた。そして、“仏壇は、とか、布団が、とか、どうしよう、って言うたら「落ち着いて、まずは家の人に連絡しましょうか」って言われてハッと。それで、「もうすぐ心臓も息も止まりますから、先生を呼んで、それで先生に確認してもらいますね」って言われて、見たら、息をしていなくて、ほんとだ、って。「みんなで側で見送しましょう」って、ああ、そうかそうか、って。”(C)と、看取りの実際においても、医療者の関わりにより、[対応すべきことを具体化]していたことについても語られた。

⑤ [大切な時間の共有]

家族は、“みんなで昔のアルバム持ってきて、僕たちは思い出話なんかして、親父はいい男だったから、介護の人も看護さんも「かっこよかったんだね〜」って、本人は眠ったまま返事もしないんだけど、そういう時間があつたってことが、今はいい思い出になってますね。”(B)“泊まりの看護師さんと冷たくなった手とか足なんかをさすりながら、この手でいっぱい働いたんだよね〜、とか言って。商売してたから、いつも一緒にいれなかったけど、最後はべ〜ったりできたね〜、なんて。(C)“「ど〜う？」なんて様子を見にきてくれて、明日は休みだから顔見に来たよ〜、とか。”(D)“もちろんあちらはプロとしてやってるから変なベタベタしたものはないんだけど、それはいい意味でね。”(F)と語り、死にゆく高齢者の側で職員と共に[大切な時間の共有]をし、側に寄り添ってくれる存在の重要性を感じていた。

(4) 《看取った満足感》

このカテゴリーは、[老健であそこまでしてくれた]、[家族としてできることをしてあげられた]の2つの概念から生成されていた。

① [老健であそこまでしてくれた]

家族は、“施設がそのような環境を持っていたというか、作ってくれていた、ということが大きいですね。もともとの信頼関係があつて、だから、尚更、看取りの時も皆でスクラム組んでやった、っていうね。”(A)“結果的にね、十分じゃないですか？とにかく、あそこまでしてくれたんだよね、って思ってますよね。あらゆる面で。”(B)“老健が、あそこまでやれたら、と言うことが分かってくれる利用者なら、いいんじゃないですか。それが納得できないって人は病院でもどこでも行けばいいわけでしょうし。”(D)“それは、ずっと、前からのケアがずっとつながっていたのかなと思ってますね。”(E)と、高齢者を看取る環境として最適の環境が整っており、[老健であそこまでしてくれた]と感じていた。

② [家族としてできることをしてあげられた]

家族は、“僕たち家族が、ひ孫の代まで来て騒いでたじゃないですか。それで、親父は眠ったまま逝っちゃったでしょ？それって、一番のセレモニーだったんだよ。十分すぎる

ほど十分じゃないですか？”(A) “好きだったウイスキーを飲ませる真似事みたいなことができ、それは良かったと思いますね。もうすぐ死ぬであろう親に対して自分たちが何か協力してできた、って。”(B) “看護婦さんが「声かけてあげて」って、それで夢中で「もういいよ、いいよ、もう家は残された者でやっていくから安心して！」って叫んで、母からも、ちょっと言葉が出て、それが最期だったんですけど、安心したのかなって。だから、やっと安心させてあげられたのかな、って。”(C) と、自分たちが「家族としてできることをしてあげられた」と感じていた。

4. 考察

1) 老健における医療提供の特性と家族の評価

老健は常勤の医師を必ず1名以上配置することが基準とされており、特養より看護職員の数も多く、24時間体制で看護職が交替勤務をしている施設は全体の9割以上を占めている¹⁴⁾。全国調査において、医療強化型の老健の存在も一定数あることが報告されている¹⁵⁾。家族にとって、いつでも「何かあればみてくれる」「納得できる説明」をしてくれる施設医師の存在は大きく、医師に対しての揺るぎない信頼感が大きな安心感へとつながっていた。老健における看取りは、入所から終末期を経て看取るまでの過程を、同じ医師の診療を継続して受けることができるということであり、医師と利用者、そしてその家族が、お互いへの理解を深め、両者の関係性や信頼が構築される条件が整う状況で実践することが可能である。本研究の結果から、家族は、「常に医療専門職がいる」生活施設で、適切な観察や医療介入がされることで、高齢者の体調の悪化を防ぎ、生活の質が維持されている状況を見て「本人の状態が安定している」という実感を得て、【施設の医療に対する評価】を行っていた。多様なケアの現場における高齢者医療では、生活機能の保持や生活の質の維持・向上を念頭に置き、高齢者の価値観にも配慮ながら、他職種協働で適切な医療提供を行うスキルが求められている。老健は、医療専門職の割合が少ない他の高齢者生活施設よりも、より医療的な知見に基づいたチームアプローチが実現可能な施設であると言えるのではないだろうか。高齢者施設における医療体制の整備は、終末期に限定されず、安定期や維持期においても関連する非常に重要な要素であり、施設の機能や役割にとらわれず、通常からの医療提供のあり方の検討を前提とした上で、その延長上として終末期医療について考えていくことの必要性が示唆された。

2) 老健での終末期医療における家族への支援のあり方

高齢者の終末期において、最善の医療およびケアとは、必ずしも最新もしくは高度の医療やケアの技術のすべてを注ぎ込むことを意味するものではない¹⁸⁾。医療機関でない施設において、設備面での限界があることは、加瀬田ら¹⁹⁾や流石ら²⁰⁾によって指摘されている。本研究の対象者に提供された医療処置も、点滴、状況に応じた酸素吸入等、その内

容は一人ひとり異なっていた。《老健での看取りを選択》した家族は、医療的な制約のある施設において「できること、できないことを明確化」し【老健における終末期医療のイメージ化】を図っていた。そして《施設を信頼》していることを基盤とし、施設での看取りへの理解を深めていたことがわかった。河本ら²¹⁾ 千田ら²²⁾の研究で、家族が介護施設における看取りについて理解していることが、介護施設で看取りができた共通の要件として明らかにされている。家族との十分な話し合いの下に、患者自身の意思を可能な限り推定し、それぞれが対象に適した「医療処置内容を選択」することができていたと考えられる。長畑ら²³⁾が、看護職は看取りの開始時期を察知し、家族に伝え準備を促すとともに、医師と連携しケアが上手くいくよう調整していたと報告しているように、本研究の対象者も、看護職からの情報提供や助言をもとに、施設スタッフと連携しながら、自分たちが家族として「対応すべきことを具体化」し、受け身の姿勢ではなく、より良い看取りの環境を【職員とともに作り上げる】ことができるよう《能動的に関わる》ことができるよう支援されていたことがわかった。このことから、家族に適切なタイミングで情報提供を行い、自ら望む医療やケアの選択ができるよう支援していくことの重要性が示唆された。

3) 終末期であることの受け入れと老健での看取りを選択するまでの過程

本研究において対象が看取った高齢者は、91歳～100歳までの、平均寿命を大幅に超えた年齢の超高齢者であったため、家族は必然的に残された時間が短いと感じ、おのずと「死ぬことは前提」であると考えに至った要因であることが示唆された。そして、いずれも転帰は老衰であったことから、終末期の3類型¹⁾における、年単位で機能が徐々に低下する第3のタイプの経過をたどり、それが「穏やかな衰弱の実感」へとつながり、近い将来、死は【いつかは訪れる】ものとして認識し、終末期であることを「冷静に受け止める」ことができていたことが分かった。本研究の対象施設は、病院併設で医療に力を入れており、積極的に看取りに取り組んでいる施設であり、医療機関との協力体制や施設内の看取りの教育も整備されていた。清水²⁴⁾が老健での看取りに影響を与える要因として報告している①施設が病院併設であること②施設長の方針③看護管理者の姿勢の3点全てを満たしており、《施設を信頼する》家族が、《老健での看取りを選択する》ための環境が十分に整備された最良の状態であったと言える。

4) 看取った満足感が得られた要因

池上ら²⁵⁾は、病院と特養の終末期ケアを遺族の立場から評価したものを比較し、病院の方が「医師とのコミュニケーションに不満」、「不安・悲しみへの対応」の該当割合が高かったことを報告している。時間をかけて信頼関係を構築した医師との関係を基盤として、職員と家族が「大切な時間を共有」し、家族が【職員とともに作り上げる】看取りの体験をしたことが、家族が「老健であそこまでしてくれた」という思いに至った要因であると推測される。那須ら²⁶⁾は、高齢者施設で入居者を看取った家族は、入居者との絆を

実感し、入居者のために自分にできるケアの模索を経験していたことを報告している。本研究における対象家族6名は全員実子であり、看取った高齢者（実親）との関係も良好であった。家族は、良好な関係である実親との親子の絆を実感し、自分たちが「家族としてできることをしてあげられた」と感じており、そのことが、施設で《看取った満足感》を得ることにつながっていた。これらの調査結果から、老健の看取りにおいては、本研究のような条件が整えば、家族の満足感が得られるということが示唆された。

5) 本研究の限界と今後の課題

本研究によって明らかになったのは、看取りが可能な要件を満たしている老健での終末期医療・ケアに対し、家族が満足を得るまでのプロセスであった。医療体制の整備は、老健の看取り実践における課題の一つであると秋元¹⁶⁾は指摘している。塚田ら¹⁷⁾は、特養の終末期において、約6割が夜間の死亡であったこと、医療処置を要し、医師や看護職と常に連絡が取れる体制が必要であったこと、介護職員は夜間の対応に不安を抱いていたことを報告している。老健と特養の施設機能や医療職の配置基準の違いから、同様の課題であっても、それぞれの施設が解決すべき内容のレベルは異なるため、その点について明確にしていく必要がある。それぞれの施設の特性に応じた課題だけでなく、老健以上に看取りのニーズが高く、医療的なサポートの強化を要する特養での課題が抽出され、介護施設における終末期医療の水準の維持・向上への示唆を得られることが期待される。

今後は、対象施設を拡大し、施設内の医療体制や看取りに対する受け止めが異なる事例や、不満足を感じていた家族という対極事例も含めた分析をしていく必要がある。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただきました対象者の皆さま、そして、ご指導をいただきました桜美林大学大学院老年学研究科の先生方に深く御礼申し上げます。

文献

- 1) Lynn J Adelson DM: Living well at the end of life. WP-137 Rand Corporation. (2003) .
- 2) 池上直己：特集（諸外国における高齢者への終末期ケアの現状と課題）の趣旨. 海外社会保障研究, 168 : 2-3 (2010) .
- 3) 日本老年医学学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学学会の「立場表明」 (<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tathiba/jps-tachiba2012.PDF>, 2015. 6.23. アクセス) (2012) .
- 4) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口 (<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.pdf>, 2015.6.21. アクセス) (2015) .
- 5) 厚生労働省 中央社会保険医療協議会：「わが国の医療についての基本資料」 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001bu83-att/2r9852000001bval.pdf>, 2015.6.21. アクセス) (2015) .
- 6) 厚生労働省：介護保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (http://law.e-gov.go.jp/html/data/H11H11F036010000040.html.tatsukan-sanjikanshitu_SShakaahoshoutanto/0000051896 .

- pdf. 2016.1.23. アクセス) (2015) .
- 7) 厚生労働省：介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業報告書 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-shingikai-12601000-Seisakutou>. 2016.1.19. アクセス) (2012) .
 - 8) 全国老人保健施設協会：介護老人保健施設が持つ多機能の一環としての看取りのあり方に関する調査研究事業報告 (<http://www.roken.or.jp/>. 2016.1.14 アクセス) (2013) .
 - 9) 厚生労働省：人口動態統計年報 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth5.html>. 2016.1.14. アクセス) (2015) .
 - 10) 小林尚司：介護保険施設における高齢者の看取りに関する文献検討. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 7 (1) : 65-75 (2012) .
 - 11) 小山千加代, 水野敏子：特別養護老人ホームにおける看取りの実態と課題に対する文献検討. 老年看護学, 14 (1) : 59-64 (2010) .
 - 12) 丸山純子：介護保険施設の看取りに対する看護職者の関わりと課題；過去13年間の文献レビューから. インターナショナル Nursing Care Research, 12 (4) : 25-135 (2011) .
 - 13) 木下康人：グラウンテッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い. 初版4刷, 弘文堂, 東京 (2006) .
 - 14) 日本看護協会：介護保険施設における看護実態調査 (www.nurse.or.jp/home/publication/seisaku/pdf/79.pdf. 2016.1.19. アクセス) (2008) .
 - 15) 厚生労働省：平成25年度介護サービス施設・事業所調査の概況 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/index.html>. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/uploads/2012/07/3e7f98e5ec0c763ac53e011cb8a8ea76.pdp>. 2016.1.19. アクセス) (2013) .
 - 16) 秋元照子, 川又恵美子：介護老人保健施設で実施する看取り介護の取り組みと成果；家族へのインタビューを通して. 癌と化学療法, 37 (Ⅱ) : 195-197 (2010) .
 - 17) 塚田久恵, 麻見洋：石川県の指定介護老人福祉施設における終末期ケアの現状と課題. 石川県看護雑誌, 9 (1) : 61-70 (2012) .
 - 18) 日本老年医学会：高齢者に対する適切な医療提供の指針 (http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/geriatric_care_GL.pdf#search=. 2015.6.21. アクセス) (2012) .
 - 19) 加瀬田暢子, 山田美幸, 岩本テルヨ：特別養護老人ホームでのターミナルケアに携わる看護職者の悩み 全国調査における自由記述の分析. 南九州看護研究誌, 3 (1) : 11-21 (2005) .
 - 20) 流石ゆり子, 牛田貴子, 亀山直子, 他：高齢者の終末期ケアの現状と課題；介護保険施設に勤務する看護職への調査から. 老年看護学, 11 (1) : 70-78 (2006) .
 - 21) 河本久美子, 井上訓見, 猪子弘美：介護老人保健施設における看取りへの取り組み；自然な看取りを考える. 日本看護学会論文集 老年看護, 35 : 158-160 (2005) .
 - 22) 千田睦美, 石川みち子, 吉田千鶴子：岩手県におけるグループホームのターミナルケアの現状. 岩手県立大学看護学部紀要, 5 : 57-64 (2003) .
 - 23) 長畑多代, 松田千登勢, 山内加絵, 他：生活の場である特別養護老人ホームでの看取りを支える看護実践の内容. 老年看護学, 16 (2) : 72-79 (2012) .
 - 24) 清水みどり：介護老人保健施設での死の看取りを可能にする要因の考察. 新潟青陵大学紀要, 347-358 (2005) .
 - 25) 池上直己, 池崎澄江：遺族による終末期ケアの評価；病院と特別養護老人ホームの比較. 日本医療・病院管理学会誌, 50 (2) : 127-136 (2013) .
 - 26) 那須佳津美, 深堀浩樹：特別養護老人ホームで入居者を看取った家族介護者の経験. 老年看護学, 19 (1) : 34-42 (2014) .

Experiences of Families at the Deathbed of a Family Member In Geriatric Health Services Facilities

Yukiko Matsushita

(Department of Nursing, School of Health Sciences Tokyo University of Technology)

Hisao Osada

(Graduate School of Gerontology, J.F.Oberin University)

Keyword: End-of-life-care, Geriatric Health Services Facilities, Family Member

This study aimed to elucidate the experiential process of family members of seniors who received end-of-life care at a geriatric health service facility. The subjects were six family members of seniors who received end-of-life care in a geriatric health service facility. We conducted a semi structured interview regarding their feelings about end-of-life care at the facility and analyzed the responses via modified grounded theory approach. The results revealed that the family members felt relieved with physicians at the facility, and on evaluating the medical care at the facility, they accepted the current situation in which the death of the elderly was inevitable. They attempted to visualize the end-of-life care at the geriatric health service facility and experience the care offered by the facility staff. This led to satisfaction with the end-of-life care. Common requirements for satisfactory end-of-life care in the geriatric health service facility were positive evaluation of the medical care provided by the facility, which are centered on trustworthy physicians, end-of-life care provided to their own parents who have an extreme age, and good family relationships.